



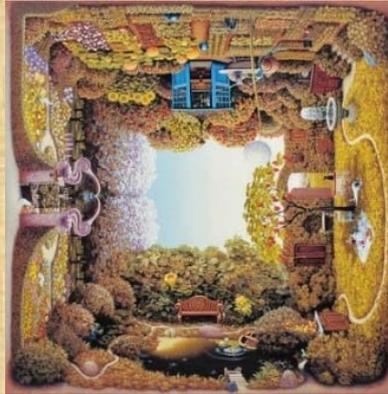
Società Italiana
di Psicoterapia Psicoanalitica

Formazione e Ricerca Scientifica
ad Indirizzo Psicoanalitico Freudiano



CENTRO DI CONSULTAZIONE PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

SEZIONE REGIONALE LAZIO



FORME DELLA CONSULTAZIONE *FIGLI, GENITORI, INDIVIDUI*

Incontro con

Francisco Palacio Espasa

Roma, 25 Giugno 2016

**Museo Nazionale Romano alle Terme di Diocleziano
Piazza della Repubblica**

- Ore 9,00 Registrazione dei partecipanti
Ore 9,30 Saluto di **Rosanna Friggeri**, direttrice del Museo delle Terme
Ore 9,40 Apertura del convegno: **Gloria Gemelli** (SIPP)
Presentazione del Centro di Consultazione e della giornata di studio
Ore 9,50 Chairperson **Gianluca Biggio** (SIPP)
Presentazione del pensiero di Francisco Palacio Espasa
Ore 10,00 **Francisco Palacio Espasa** (SSP-IPA) Consultazione centrata sulla genitorialità
Ore 11,00 Break
Ore 11,15 **Rosa Romano Toscani** (SIPP) Adulti e bambini. Esperienze di consultazione
Ore 11,30 **Maria Mosca** (SIPP) La prima consultazione. Quando tutto è possibile
Ore 11,45 **Tecla Cappellucci** (SIPP) David, il paziente arrivato alla consultazione in uno «stato di grazia»
Ore 12,00 Dibattito con la sala
Ore 13,15 **Francisco Palacio Espasa**
Replica
Ore 13,45 **Gianluca Biggio**
Conclusioni e chiusura dei lavori

In corso di accreditamento ECM

Per informazioni, **06/85.35.86.50**

email. sipp@mclink.it - sito. www.sippnet.it



CENTRO DI CONSULTAZIONE – PSICOTERAPIA PSICOANALITICA

SEZIONE REGIONALE LAZIO

FORME DELLA CONSULTAZIONE FIGLI, GENITORI, INDIVIDUI

Roma, 25 Giugno 2016

Museo Nazionale Romano alle Terme di Diocleziano
P.zza della Repubblica



SCHEDA DI ISCRIZIONE

*(si prega di compilare la scheda in modo leggibile/stampatello. Per ricevere i crediti ECM e per l'emissione della fattura è obbligatorio compilare **tutti i campi** della scheda)*

Nome _____ Cognome _____

Indirizzo _____

CAP _____ Località _____ Sigla provincia _____

Tel. _____ / _____ Cellulare _____ / _____

E mail _____ @ _____ . _____

Luogo di nascita _____ Sigla prov. _____ Data di nascita ____ / ____ / ____

C.F. _____ P. IVA _____

Professione in cui si chiede accreditamento punti ECM (*barrare una casella*):

MEDICO *PSICHIATRA* *PSICOTERAPEUTA* *PSICOLOGO*

Quote di iscrizione **con** ECM (IVA inclusa)

- SOCI E DIPLOMATI SIPP Iscrizione € 20,00
- ALLIEVI IN CORSO E IN ATTESA DI DIPLOMA SIPP Iscrizione € 10,00
- ESTERNI Iscrizione € 30,00

Quote di iscrizione **senza** ECM (IVA inclusa)

- SOCI E DIPLOMATI SIPP Iscrizione € 10,00
- ALLIEVI SIPP, STUDENTI UNIV., MEDICI FAMIGLIA Iscrizione GRATUITO
- ESTERNI Iscrizione € 20,00

Modalità di versamento

Banca Fideuram – IBAN: IT 29 G 03 29601 60100 0066466534
Intestato a: Società Italiana di Psicoterapia Psicoanalitica

Per iscriversi è **necessario** inviare la scheda di iscrizione via fax o via email unitamente alla copia della ricevuta di versamento del bonifico.

Non sarà possibile iscriversi il giorno dell'evento.